Rok XXXI. Kraków, 21 Maja 1892. Nr. 21.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O blednicy (*chlorosis*) i jej leczeniu.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniach 16 marca i 27 kwietnia b. r.

Podał

Prof Dr. Gluziński.

I.

Poruszając sprawę blędnicy na dzisiejszem posiedzeniu, uczynić chciałbym zadość wyrażonéj tu myśli, aby nie tylko sprawy nowe były przedmiotem naszych rozpraw ale i ogólnie znane, a przecież zawsze nowe, dały pole do wymiany zdań i poglądów.

Bogata literatura dotyczącego przedmiotu, własne doświadczenie Panów zwalnia mnie od szczegółowego przedstawienia sprawy, — podnieść zamierzam tylko te rzeczy, które z jednéj strony przedstawią moje zapatrywanie na blednicę, z drugiéj są spornemi lub będą mi potrzebne dla przedstawienia postępowania w leczeniu téj choroby. — Z góry również pospieszam dodać, że mówić będę tylko o blednicy samoistnéj, a pominę stany chorobowe, które mogą przebiegać pod postacią blednicy (*pseudochlorosis*).

Przez blednicę, jak wiemy, rozumiemy przeważnie chorobę objawiającą się zmniejszeniem i ciałek czerwonych (*oligocythämia*) i zmniejszeniem ich zawartości hemoglobiny (*oligochromämia*), występującą samoistnie przeważnie u kobiet, w wieku ich pokwitania. Na to wszyscy się godzimy, inna jednak rzecz, gdy zadamy sobie pytanie, gdzie leży źródło téj choroby, — a wystąpi nam odrazu różność zdań i zapatrywań nieraz najdziwaczniejszych. Dość przytoczyć Panom, że Haberer[1]) upatrywał źródło blednicy w nieżytach pochwy i macicy, Pollok[2]) we wstrzymaniu miesiączki, przez co zostają nie wydalone z organizmu pewne istoty, które zwykle z krwią miesiączkową odchodzą i te wywołują wadliwy stan krwi, Luton[3]) uważał blednicę tylko za niedokrewność następową, wynikającą z utraty krwi jużto widocznéj, np. po obfitych miesiączkowaniach (*menorrhagia*) jużto niedostrzeganéj, np. z małych nadżerek żołądka, — tę ostatnią teoryję w ostatnich czasach rozwinął Hösslin[4]) w pracy, na którą późniéj się odwołam. Zander[5]) całe źródło blednicy widział w niedostatecznem wchłanianiu żelaza z pokarmów, wskutek wadliwych soków trawieńcowych, zwłaszcza braku HCl w soku żołądkowym, znajdując już poprzednika tego zapatrywania w Dujardin-Beaumetzu[6]).

Zapatrywań tych szereg powiększyć byłoby mi łatwo, wszystkie one jednak krytyki nie wytrzymują, boć każdy z nas jest w stanie przytoczyć szereg przypadków nie dających się pojąć według przytoczonych teoryj. Zapatrywania te brały pojedyncze objawy i następstwa za źródło choroby. Źródła tego szukać należy gdzieindziéj. Weźmy pod rozwagę najprostszy przypadek, jaki nieraz nam się przedstawia. Dziewczynka dotąd zdrowa zupełnie, z fukcyjami wszystkiemi najprawidłowszemi, dobiega lat swego pokwitania, nastaje pierwsza lub druga regularność, lub rzadziéj nie występuje wcale, a wkrótce potem rozwija się obraz blednicy, t. j. nastaje wadliwy skład krwi. Co u niéj się stało? Narządy wewnętrzne niezmienione, funkcyje nieraz te same, a jednak powstał niedobór. Dwa tylko mogą być przypuszczenia, — albo części składowe krwi wytwarzane prawidłowo ulegają szybko nadmiarowemu zniszczeniu — albo też wytwarzanie prawidłowe krwi uległo zaburzeniu i nieprawidłowo zbudowana krew wchodzi w obieg. Dla pierwszego przypuszczenia najmniejszego nigdzie nie znajdujemy poparcia — pozostaje nam drugie przypuszczenie, które każe nam szukać źródła dla blednicy w nieprawidłowéj regeneracyi krwi, każe nam ją odnieść do zmian zaszłych w narządach krwiotwórczych w szpiku kostnym, gruczołach i t. d., każe nam ją postawić w dziale chorób narządów krwiotwórczych.

Doświadczenie uczy, że najróżnorodniejsze czynniki jak nieodpowiednie odżywianie, ubranie, brak ruchu, przebywanie w ciasnych i przepełnionych CO_2 izbach szkolnych, niewysypianie się, przedwczesne rozbudzanie fantazyi itd. sprowadzają bezsprzecznie wybuch choroby. Pozostaje jednak

do wytłómaczenia, dlaczego ta zmiana w wytwarzaniu prawidłowych składników krwi wśród tych warunków przeważnie występuje u dziewcząt, — dlaczego najczęściéj w wieku pokwitania, — dlaczego nie u wszystkich, które na te same szkodliwości są narażone? — dlaczego u niektórych dziewcząt mimo najkorzystniejszych warunków przecież się rozwija i tak często powraca lub też prawie nie ustępuje? Na pytania te częściowo tylko jesteśmy w stanie odpowiedzieć i pozwólcie Panowie, że kilka spraw przytoczę, któreby można o to obwiniać.

Z fizyjologicznych badań wynikałoby, że w ogóle ustrój kobiety jest uboższy w krew, zwłaszcza zawiera mniejszą ilość ciałek czerwonych niż mężczyzn. Stosunek ciałek czerwonych we krwi męzkiéj i żeńskiéj ma być według Welckera jak 10:9. Andral i Gavarret znajdowali na 1000 części 141·1 czerwonych ciałek u mężczyzn a tylko 127·2 u kobiet. Podobne spostrzeżenia podali Mallassez, Bouchut (l. c.). Przypuścić zatem można, że ustrój kobiety ma już fizyjologiczne pewne usposobienie do *oligocythämii* a mogłoby to tem łatwiéj nastąpić, że i regeneracyja w razie ubytku trudniéj zdaje się nastąpić niż u mężczyzn wobec spostrzeżenią n. p. Vierordta wykazującego, że ogólna wymiana materyi stosunkowo jest wolniejszą u kobiet niż u mężczyzn, na 1 klg. wagi ciała znajdował bowiem w 24 godzinach 0·40 gr. mocznika u męzczyzn, a tylko 0·35 gr. u kobiet. Daléj podnieść należy, że tryb życia u dziewcząt w porównaniu z chłopcami niepoślednią może grać rolę — znacznie mniejszy ruch, dłuższe przebywanie w zamkniętych pokojach, zajęcia przeważnie siedzące, mniejszy dowóz pokarmów i ich dobór niestosowny (łakocie), zwykła obstipacyja (jużto nawykowa jużto wskutek siedzenia) zwalniają już i tak fizyjologicznie wolniejszą przemianę pierwiastków, utrudniają więc regeneracyję krwi powiększając fizyjologiczną *oligocythämię* aż do granic patologicznych. Póki mniejsze potrzeby ustroju, utrzymuje się stan względnie fizyjologiczny, mimo niekorzystnych warunków — nastaje czas pokwitania, potrzeby organizmu się zwiększają, co miesiąc ma miejsce utrata krwi, 1/4 litra wynosząca — i znowu jeden czynnik więcéj dla możliwego pojęcia, dlaczego blednica u dziewcząt tak znacznie częściéj występuje i to właśnie w chwili pokwitania; a kto wie, czy to wcześniejsze rozbudzanie życia płciowego, to dojrzewanie jajek w jajnikach nie ma pewnego wpływu i na narządy krwiotwórcze, a mam tu na myśli ostatnie spostrzeżenia Neussera, mające wykazywać w cierpieniach jajnika zaburzenia pewne we krwi, mające się manifestować zwiększoną ilością ciałek eosinofilowych. Badanie krwi w tym kierunku możeby sprawę wyjaśniło.

W każdym razie przytoczone co dopiero fakta możnaby zużytkować dla objaśnienia, dlaczego blednica przeważnie występuje u dziewcząt i dlaczego najczęściéj rozwija się w wieku pokwitania. Dlaczego nie rozwija się u wszystkich dziewcząt w niekorzystnych warunkach będących, dlaczego u niektórych mimo najlepszych warunków przecież powstaje? Na pytanie to częściowo dał nam odpowiedź Virchow [10]), wykazując, że u pewnéj liczby mamy podstawę wrodzoną, która się objawia wątłą budową całego organizmu, a zwłaszcza niedokształceniem układu krwionośnego (*aplasia vasorum).* Znaczenie tego szczegółu pojmiemy, gdy sięgniemy do embryjologii, gdy sobie przypomnimy, że tak naczynia jak szpik kostny, gruczoły limfatyczne, części płciowe rozwijają się z téj saméj blaszki zarodnikowéj, t. j. środkowéj.

Rozwój ten wspólny układu naczyniowego i narządów krwiotwórczych może nam nasunąć myśl, że to niedokształcenie (*aplasia*) układu naczyniowego jest częścią tylko upośledzonego rozwoju blaszki, a więc i narządów krwiotwórczych a to tembardziéj, że obok wązkich naczyń znajdujemy tak często i niedokształcenie macicy, jajników, które się przecież z tejsaméj blaszki rozwijają. Tam gdzie ta zmiana jest wybitną, mamy do czynienia z tą uporczywą formą blednicy zwaną wrodzoną (*congenita*), nie dlatego, że naczynia są bardzo wązkie, ale że i narządy krwiotwórcze (szpik kostny) są silnie upośledzone w rozwoju, a od tych przypadków możemy mieć całą skalę przejść aż do form lekkich, u dziewcząt z rozwiniętym układem naczyniowym ale z pewnem jeszcze zboczeniem małem w narządach krwiotwórczych wynikającem z rozwoju, które sprawia, że wśród niekorzystnych wyżéj wymienionych warunków wytwarzanie nie jest w stanie pokryć dostatecznie zapotrzebowań ustroju.

Tak pojmując rzecz, usposobienie do blednicy odnieślibyśmy do zmian rozwojowych, rozumując, że jak rodzić się można z mniéj lub więcéj słabym układem nerwowym, z narządem oddechowym, pokarmowym i t. d., tak samo i z narządami krwiotwórczemi — a wtedy wytłomaczyć sobie możemy, dlaczego mimo jednakowo niekorzystnych warunków nie wszystkie dziewczęta dostają blednicy, dlaczego niektóre mimo najpomyślniejszych warunków takowéj podpadają, dlaczego u niektórych jest tylko przejściową, u innych tak uporczywą i za lada przyczyną powracającą.

II.

Przystępując obecnie do symptomatologii z góry zastrzegam się, że nie jest moim zamiarem opisywać w całości obrazu choroby, mówić o rzeczach znanych, a chcę poruszyć tylko kilka szczegółów zasługujących na uwzględnienie. Ze względów praktycznych odróżniłbym kilka typów blednicy, zależnie od objawów, które przeważają w danym przypadku a mianowicie: 1) Blednicę prostą (*chlorosis simplex*), przedstawiającą się, jeżeli usuniętą rychło nie będzie, najczęściéj jako wstęp do dalszych typów. 2) Blednicę trawieńcową (*chlorosis dyspeptica*), gdy przeważać będą objawy ze strony przewodu pokarmowego. 3) Blednicę sercową (*chlorosis cardiaca*), gdy obok objawów blednicy prostéj wystąpią na pierwszy plan objawy ze strony narządu krążenia. 4) Blednicę mięszaną (*chlorosis mixta),* typ najczęstszy, gdy ze stron kilku (np. serca, przewodu pokarmowego i t. d.) występują objawy. Wiem, że podział ten jest sztuczny, dalsze uwagi moje może go usprawiedliwią.

Pozwólcie więc Panowie, że poświęcę słów kilka każdemu z tych typów.

Przez blednicę prostą rozumiem wystąpienie tych ogólnych cech choroby, jak bladości powłok i błon śluzowych, uczucie osłabienia, szybkiego znużenia mięśni, zniechęcenia do pracy i senności itd., bez żadnych wykazalnych zboczeń w wewnętrznych organach i braku wybitniejszych podmiotowych zboczeń z téj strony. Są to przypadki najłatwiejsze do leczenia, które po usunięciu niekorzystnych czynników wyżéj wymienionych (przez zaniechanie siedzenia, dobre odżywianie itd.), wśród podania przetworów żelaza prędko przychodzą do siebie. Zaniedbanie tych przypadków, co się najczęściéj zdarza, albo silna pod-

stawa konstytucyonalna pociąga za sobą cały szereg dalszych przypadków (rzadziéj występują one równocześnie), t. j. następnych typów.

Typ trawieńcowy (*chlorosis dyspeptica*) obejmie te przypadki, w których obok objawów blednicy prostéj wystąpią na pierwszy plan przypady ze strony narządu trawienia. — Przypady te są najrozmaitsze, jak Panom wiadomo, od prostego zmniejszenia łaknienia, do odbijań, zgag, nudności, bólów stałych lub napadowych, zaparcia stolca znacznego i t. d. Czy objawom tym towarzyszą jakie zaburzenia w chemizmie i mechaniźmie trawienia żołądkowego? Na pytanie to daną jest odpowiedź w doświadczeniach, jakie przeprowadziliśmy wspólnie z kol Buzdyganem w klinice prof. Korczyńskiego. (C. d. n.)

II. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Prosektor dr. Przewóski, który był łaskaw zbadać nowotwór, uznał go za raka (*carcinoma*). „Zajmuje on cała kiszkę ślepą i przylegającą część kiszki cienkiéj; przedstawia się w kształcie opasującego wrzodu. Pas rakowy w najwęższéj części, odpowiadającéj wewnętrznéj ścianie kiszki ślepéj, ma około 6 cm. szerokości, w najszerszéj zaś części, zajmującéj dno i zewnętrzną ścianę *coeci* wrzód ma około 13 cm. szerokości. Jama kiszki ślepéj wogóle mocno zwężona. Zastawka jelitokątnicza zupełnie zniszczona. Wyrostek robaczkowy zajęty tylko przy swoim początku, a daléj jest on rozrosły i rozciągnięty gęstym śluzem. Brzegi wrzodu rakowego są miejscami mniéj, miejscami więcéj wyniesione, wałowato. Dno wszędzie nierówne, ziarnisto guzikowate, lub ziarnisto strzępiaste, na całéj przestrzeni pokryte śluzem, zmięszanym z kałem i cząstkami rozpadającego się nowotworu.

„Na rozkroju w dnie i brzegach wrzodu rakowego widać wszędzie wyraźne nacieczenie masą nowotworową, która jest szarobiaława, ziarnista, w innych miejscach szaroczerwonawa, a nakoniec w innych prześwieca. Masa nowotworowa przy brzegach wrzodu leży w błonie śluzowéj i podśluzowéj; pod dnem wrzodu przenika miejscami w błonę mięsną, a nawet podsurowiczą. Błona mięsna pod całym nowotworem wyraźnie zgrubiała i rozrosła.

„Pod mikroskopem masa nowotworu składa się wszędzie z tkanki nabłonkowéj, tworzącéj ciała rakowe i z podścieliska łącznotkankowego. Ciała rakowe są rozmaitéj wielkości i składają się przeważnie z końców okrągławych, lub wielościennych; podścielisko prawie wszędzie zbudowane jest ze zwyczajnéj tkanki łącznéj włóknistéj i tylko miejscami przybiera charakter tkanki śluzowéj. W tych ostatnich miejscach nowotwór słabo prześwieca (*carcinoma colloideum*).

„Ciała rakowe od podścieliska wszędzie odgraniczone są ostro i często odrostkami łączą się w rodzaj sieci. Ilościowo w jednych miejscach przeważa w raku tkanka nabłonkowa, w innych łączna.

„Poza błoną mięsną kiszki ślepéj ciała rakowe widać tylko miejscami i na małéj przestrzeni. W mocno rozrosłych organach, a szczególniéj nadzwyczajnie rozrosłej przedniéj ścianie brzusznéj, do któréj przyrosło jelito ślepe, nigdzie niemożna odnaleźć ciał rakowych. W tych częściach widać tylko ogromny rozrost włóknistéj tkanki łącznéj, a nawet mocny rozrost tkanki łącznéj pomiędzy włóknami poprzecznie prążkowanych włókien mięsnych. Wsród téj rozrosłéj tkanki łącznéj znajdował się zbiornik ropy, powstały przez wniknięcie drobnoustrojów ropotwórczych skutkiem rozpadu powierzchni raka“.

Zestawiony powyżéj materyjał kazuistyczny jest z pewnością bardzo niekompletny. Rak kiszki ślepéj stanowi cierpienie tak dalekie od rzadkości, iż w ciągu dwóch lat widziałem cztery jego przykłady, zpośród których dwa operowane podałem powyżéj, jeden, gdzie zrobiwszy laparotomiję badawczą, przekonałem się, iż pomimo ruchomości bardzo znacznéj guza istnieje obszerne zwyrodnienie kiszki i gruczołów zaotrzewnowych, zmarł w kilka miesięcy z charłactwa; ostatni chory silny i wybornie odżywiany nie zgodził się na operacyję, gdyż nie było objawów zwężenia. Nie ulega wątpliwości, iż we wszystkich ważniejszych klinikach operowano niejednokrotnie z powodu nowotworów kiszkę ślepą, lecz spostrzeżenia nie zostały ogłoszone, lub pozostały dla mnie niedostępne. Z pomiędzy zebranych 29 przypadków resekcyi zmarło 10, co wynosi 34·5%, z tego przypada 19 na nowotwory z 8 † i 10 na zwężenie gruźlicze i bliznowate, z 2 †.

Co do rodzaju operacyi resekcyja z natychmiastową enterorafiją dokonaną była w 20 przypadkach, z czego 6 †; rzyć sztuczną nałożono po resekcyi w 8 przypadkach, z których 4†, wreszcie w jednym przypadku najprzód wykonano enterostomiję, a w rok późniéj resekcyję i enterorafiję.

Oprócz tych przypadków natrafiłem na wzmianki o 24 resekcyjach k. ślepéj Billrotha, z których w 11. operacyja dokonaną została z powodu raka z 6 †, oraz w 13 z powodu przetok z 6 †, razem 24 z 12 † = 50%.

Daléj Czerny wykonał operacyję, o któréj mowa, 8 razy, 4 z powodu raka, 3 razy z powodu gruźlicy, 2 z powodu wpochwienia. Nakoniec Senn ogłosił 2 przypadki wycięciu k. ślepéj z następną anastomozą. Pomijając zatem przypadki operacyi z powodu wgłobienia (2 Czerny, 1 Hahn [1]), doliczając przypadki Michaux i Rosenbergera, o których nie mogłem zasięgnąć bliższych szczegółów, pozwalających na wyprowadzenie jakichkolwiek wniosków, potrąciwszy z kazuistyki Billrotha i Czernego przypadki objęte w mojem zestawieniu, otrzymamy:

otrzymamy:	zestawionych przezemnie	23
	Billrotha	24
	Czernego	6
	Senna	2
	Rosenbergera	1
	Michaux	1
	Razem . .	57

Ogółem 57 przypadków resekcyi kiszki ślepéj, z których niepodobna mi podać cyfry śmiertelności z powodu, że wynik w kilku przypadkach nie został wymieniony.

Przechodzę obecnie do niektórych wniosków, jakie z téj kazuistyki wyprowadzić można, oraz uwag, jakie się nasuwają.

W przytoczonéj już wyżej pracy Koenig treściwie, lecz dosadnie scharakteryzował trudności operacyi, wyróżniające ją od typowéj owaryjotomii, która stała się niemal miarą i ideałem każdéj laparotomii. Zdanie to odnośnie do wycięcia kiszki ślepéj w całości podzielamy, a poniższy przegląd rozmaitych aktów operacyi trudności powyższe uwydatni.

Najprzód, co się tyczy cięcia w ścianie brzusznéj, to spotykamy rozmaite odmiany, które sprowadzić można do trzech głównych: 1) w smudze białéj, 2) na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha prawego, 3) ponad guzem.

[1]) *Berlin klin. Woch.* 1887. s. 446.

Znane są powszechnie w chirurgii brzusznéj dodatnie strony cięcia w smudze białéj i nie potrzebuję ich przypominać; mimo to jestto cięcie najmniéj nadające się do wycięcia kiszki ślepéj, zpowodu zbyt znacznéj odległości od terenu operacyjnego; chociaż bowiem w przypadkach znacznéj ruchomości guz przez to cięcie daje się wyciągnąć z jamy brzusznéj, to jednak nawet w tych szczęśliwych razach jest niedogodny dostęp do kreski, do gruczołów chłonnych, gdzie manipulowanie, a zwłaszcza hemostaza jest pierwszorzędnego znaczenia, a kłopotliwsza i trudniejsza od samego wycięcia kiszki i jej zeszycia. W przypadkach, gdzie guz jest mało ruchomy, lub przyrośnięty do powięzi *m. ileopsoas.* lub do ściany brzusznéj, cięcie to zupełnie jest nieodpowiednie. Jedyne wskazanie do niego widzimy w tych wątpliwych przypadkach, w których bardziéj chodzi o cięcie badawcze, aniżeli o utorowanie drogi do guza. Gdzie z góry przewidujemy możność uskutecznienia operacyi radykalnéj, tam odrazu należy zaniechać cięcia w smudze białéj. Cięcie to z pomyślnem zejściem zastosował w swoim przypadku Bouilly.

Najczęściéj torowano sobie drogę przez c i ę c i e n a z e w n ą t r z b r z e g u *m. rect. abd. dextri*; daje ona dostęp do przyczepu kreski, czyli do miejsca przytwierdzenia guza, o co najbardziéj chodzi, lecz prowadzi przez grubą część ściany brzusznéj, skutkiem czego jest się zmuszonym manipulować przez ranę o grubych wargach, t. j. tak jak u osób tłustych, co jak wiadomo, stanowi niemałe powikłanie; nadto rana ta kurczy się i daje otwór daleko mniéjszy niż zrobiło się cięcie, a wreszcie łatwo przy niem przeciętą zostaje *a. epigastrica*, która daje żywe krwawienie, a uchwycenie jéj w szczypczyki Peana wśród kończących się włókien i mięśni, w tkankach elastycznych i bez twardéj podstawy często sprawia pewną trudność.

Dla tych względów najodpowiedniejsze wydaje mi się cięcie skośne, równolegle do przebiegu mięśnia *obliquus externus* ponad miejscem najbardziej wypukłem guza; cięcie to łatwo może być przedłużone ku górze wprost, lub z zagięciem ku końcowi 10-go żebra (Suchier). Takie samo cięcie wykonał w swoim przypadku Koenig. Ku dołowi u mężczyzn cięcie to znajduje swoje ograniczenie w powrózku nasiennym, który niepowinien być skaleczonym, i w t. nabrzusznéj, która również niepowinna być przeciętą. Billroth w jednym przypadku zastosował cięcie ponad guzem idące skośnie w kierunku od środka więzu Pouparta ku pępkowi; daje ono również doskonały dostęp do guza. Kierując się szczególnemi warunkami Maydl otworzył jamę brzuszną *in linea axillari*. Senn [1]) zaleca szczególniéj cięcie idące od środka *lig.* Poupartii do połowy odległości między pępkiem a *spina ant. sup.*

W przypadkach, gdzie istnieje przetoka, lub nowotwór zwyrodnił ścianę brzuszną, oczywiście cięcie stosować się musi do miejsca położenia i kierunku przetoki, lub zwyrodnionych części, które należy ze ściany brzusznéj wyciąć, wypadnie więc robić cięcie owalne, lub poprzeczne, jak to miało miejsce w moim drugim przypadku.

[1]) Streszczenie w *International Journal of the med. Sciences* 1890. T. II. str. 413.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z oddziału chorób kiłowych c. k. radcy sanitarnego Dra Krówczyńskiego w szpitalu powszechnym lwowskim.

Leukoderma syphiliticum.

Napisał
Dr. Uhma.

(Dok. Patrz Nr. 18).

W obec takiego chaosu zapatrywań i przekonań trudno sobie jakiekolwiek zdanie o przedmiocie wyrobić, jeśli się go na własnem nie oprze doświadczeniu. To też w oddziale kiłowo-skórnym kobiecym w szpitalu lwowskim od dwóch lat zwrócono pilniejszą uwagę w tym kierunku. Poczynione tu spostrzeżenia kliniczne wykazały, że *leukoderma* nie zawsze występuje w owym typowym obrazie koronki o barwie mlecznéj kawy i przebijających z poza niéj oczkach tła jaśniejszego. Nasilenie i cień tła bywają nader rozmaite, a czasem spotykamy zaledwie kilka plamek jaśniejszych od otoczenia, od 3 mm. do 2 ctm. średnicy mieć mogących, bardziéj lub mniéj wyraźnie tu i ówdzie na skórze zarysowanych. Kiedy indziéj znów plamki leżą tak gęsto, że porównanie P i l l o n a zupełnie usprawiedliwiają. Z nader rzadkiemi wyjątkami zmiana występuje po bokach i z tyłu na szyi. Dość często w przypadkach, gdzie z tyłu na karku jest wyraźną, obniża się między łopatki, z przodu zaś zazwyczaj mało wybitna lub wcale nie widoczna na wysokości obojczyków, bywa wyraźną nader na fałdzie pachowym, czyli na skórze pokrywającéj dolny brzeg mięśnia piersiowego większego. Zdarza się też, choć rzadko, że najwybitniéj wystąpią plamy na łopatkach.

Rysunek rzadko jest jednostajny. Jedne plamy, jak już wspomniałem, są większe inne mniejsze, jedne są niemal geometrycznie okrągłe, inne owalne lub jajowate. Wyrazistość ich bywa zawsze jednostajna, od cieniowania w barwie tła zależną, t. j. że w miarę jak ciemniejsze zabarwienie właściwe skórze karku i szyi gubi się w przejściu jéj na plecy i piersi, tak i plamy stają się mniéj widoczne. Niemniéj przecież u osób o jasnem uwłosieniu i białéj cerze, zwłaszcza zaś u osób z uwłosieniem w rudawy odcień nieco wpadającem, mimo tego że u nich skóra wspomnianych okolic nieznacznie tylko jest ciemniejszą, plamy bywają bardzo wyraziste i na dużéj przestrzeni rozrzucone.

Wspomnianie zabarwienie tła według naszych spostrzeżeń zwyczajnie nie bywa ciemniejszem niż w stosunkach prawidłowych. Już R i e h l i inni zwrócili uwagę na to, że kark i szyja wystawione na działanie słońca i wiatru bywają ciemniejsze niż skóra piersi i pleców. Przyczynia się do tego niezawodnie i tarcie ubrania, bo nasilenia zabarwienia najsilniejszem być zwykło na dolnéj granicy karku, zwyczajnie osłoniętéj już, gdzie wstawka koszuli przylega i trze za każdym zwrotem głowy. Podobnem tarciem dałoby się również wytłumaczyć ciemniejsze zwyczajnie zabarwienie przedniego fałdu pachy. Że zaś w każdym razie nasilenie zabarwienia, z jakiegokolwiek powodu powstałe, wpływa na wyrazistość zmian leukodermatycznych — dowodem dla nas chora, u któréj w dzień przyjścia prócz innych zmian chorobowych istniała żółtaczka. Plamy *leukodermatu*, choć również żółto zabarwione, były u niej podówczas bez porównania wyrazistsze niż w jakiś czas później, kiedy żółtaczka już ustąpiła.

W miejscach skóry przez *leukoderma* zajętéj, co ważnem jest ze względów rozpoznawczych, nie wyczuwamy żadnego stwardnienia mogącego odpowiadać zbliznowaceniu,

jak to bywa n. p. na blizenkach spotykanych często na dolnéj granicy karku po drapaniu po ukąszeniach wszy powstających lub na większych odbarwionych plamach, znamionach przebytéj *furunculosis.*

Widzieliśmy obrazy mimowoli nasuwające myśl, że zmiana powstała po wysypce grudkowéj pierścieniowatéj. U jednéj choréj n. p. zauważyliśmy drobne, mniéj lub więcéj 1—2 mm. w średnicy mające plamki, ułożone w półkolu poniżéj granicy porostu włosów na prawéj stronie karku. Obrazy takie należą jednak do nader rzadkich wyjątków, a natomiast widywaliśmy znowu *leukoderma* występujące u chorych, które z wrzodem pierwotnym na oddział przybyły, w miejscach takich, które wysypka ominęła lub nawet u chorych, u których wcale poprzedzającéj wysypki nie znachodzono. Tak n. p. u jednéj 18-letniéj prostytutki, dostawionéj przez policyję z wrzodem pierwotnym, wśród pobytu jéj w szpitalu przedłużonego leczeniem przewlekłéj *endometritis cervicalis,* zauważono występujące *leukoderma* w 2 tygodnie po zagojeniu się wrzodu, a w 38 dni od dnia wstąpienia, choć nie stwierdzono u niéj żadnéj wysypki na skórze, jedynie tylko nieznaczne zmiany w gardle. Nie zadowoli to wprawdzie Ehrmanna, boć słusznie pyta on, kto odważy się zapewnić stanowczo, że tam gdzie dziś istnieją plamy białe, nie było wysypki plamistéj, która i krótkotrwałą i mało wybitną bywa. Sądzę przecie, że właśnie Ehrmanowi tego rodzaju zbytek odwagi zarzucić można, bo na podstawie, że odrysowywał i oznaczał miejsca wysypką plamistą zajęte, a późniéj kilkakrotnie w tychże miejscach zauważył *leukoderma,* uważa się uprawnionym do zapewnienia stanowczego, że nie ma *leukoderma* bez poprzedniéj wysypki.

Łuszczenia na plamach białych nie napotykaliśmy nigdy. Raz tylko widzieliśmy obraz podobny do opisywanego przez Neumanna, gdzie podczas pobytu w szpitalu i leczenia wcieraniami szaruchy, w 10 dni po stwierdzeniu istnienia na szyi i w przegubach łokciowych wysypki grudkowéj w pierścieniach, wystąpiły — również na skórze karku, w przegubach łokciowych i na fałdach pachowych — plamy sinawe, okazujące znaczne łuszczenie. Plamy te były nieregularne, 1—2 ctm. w średnicy mające i utrzymywały się *in statu quo* przez 2 tygodnie. Chcąc je wtłoczyć w obraz skreślony przez Neumanna, dopatrywaliśmy, że może raczéj od środka niż od brzegów ku środkowi bielały. Niestety chora z temi zmianami opuścić musiała szpital, zaczem późniejsze przemiany plam owych nie są nam znane. Nie ulega jednak wątpliwości, że gdyby obraz podobny zawsze wystąpienie *leukoderma* poprzedzał, musianoby go niejednokrotnie zauważyć.

Przechodząc do statystyki, robię wstępną uwagę, że w czasie przeszło dwuletniéj obserwacyi raz tylko napotkano chorą z *leukoderma* na szyi, 19-letnią, z powodu świerzbu leczoną, u któréj, oprócz obrzęku gruczołów chłonnych w pachwinach, innych poszlak kiły nie wykazano. Zresztą wszystkie chore tą zmianą dotknięte, jużto widome objawy przymiotu okazywały, już też znane były z poprzednich pobytów w szpitalu jako kiłowe.

Daty statystyczne z r. 1891 zebrane wykazują:

Ogółem ze zmianą kiłową pierwotną 45 chorych. Między niemi z *leukoderma* 3 chore. Zatem 6·66%.

Ogółem z objawami wtórorzędnemi wczesnéj kiły 356 chorych. Między niemi z *leukoderma* 154 chorych. Zatem 48·87%.

Z wysypkami wśród kiły wczesnéj występującemi:
na 202 chorych bez *leukoderma* 81 . 40·09%
na 154 „ z „ 42 . 27·27%

Z wysypką grudkową:
na 202 chorych bez *leukoderma* 39 . 19·30%
na 154 „ z „ 27 . 17·56%.

Ta ostatnia data w porównaniu z poprzedniemi wydaje mi się tem więcéj uderzającą, że zebrawszy razem historyje chorób 162 chorych leukodermatycznemi zmianami dotkniętych — wiele takich za kilkoma nawrotami w szpitalu przebywało — w 64 przypadkach spotkałem notowaną wysypkę grudkową. Procent wyniesie aż 45·74.

Z tych 162 chorych 2 liczyły zaledwie 15 l. życia.

Niżéj 20 lat było 58
„ 25 „ „ 68
„ 30 „ „ 24
„ 35 „ „ 7
„ 40 „ „ 2
Wyżéj 45 „ „ 3, z tych zaś jedna w 50 i jedna w 53 roku życia.

Jedna z owych chorych zgłosiła się z wrzodem twardym i istniejącemi już zmianami leukodermatycznemi. U jednéj zauważono wystąpienie takich zmian w pierwszym, u dwóch innych w drugim miesiącu od chwili, w któréj przybyły z wrzodami twardemi do szpitala.

U dwu chorych stwierdzono istnienie zmian leukodermatycznych po dwu latach od stwierdzenia kiły, u 2 po 22 miesiącach, u 3 po 21, u 2 po 20, u 1 po 19, a u 14 po roku. Tabelka stwierdzonego trwania *leukoderma* tak się przedstawia:

u	1 choréj	20 miesięcy
„	3 chorych	15 „
„	1 choréj	13 „
„	6 chorych	12 „
„	11 „	wyżéj 6 „
„	37 „	„ 2 „

Streszczając przytoczone spostrzeżenia, a nie kusząc się o rozstrzygnięcie sprawy co do istoty objawu, twierdzimy stanowczo, że *leukoderma* u kobiet należy do bardzo stałych, bardzo częstych i długotrwających zmian kiły, że jest ona niewątpliwym objawem kiłowego zakażenia. Jest najczęściéj pierwotnym, t. j. samoistnie występującym, znacznie rzadziéj następowym, czyli po plamach lub grudkach występującym objawem. Najczęściéj występuje w okresie wczesnym zakażenia. Wreszcie wiek chorych o tyle tylko ma znaczenie przy występowaniu tego objawu, o ile w wieku podeszłym cała skóra zanika, marszczy się i bieleje, zaczem zmian, nawet gdyby istniały, spostrzedzby nie można. Leczenie swoiste widocznego wpływu nie miało w żadnym ze spostrzeganych przypadków.

Spostrzeżenia niniejsze robione były w oddziele kobiecym. W oddziele męskim znacznie rzadziéj widuje się *leukoderma.* W każdym razie jednak między temi mniéj licznemi okazami widziałem jednego mężczyznę, którego brzuch cały pokryty był niezwykle regularnie ułożonemi plamkami jaśniejszemi. Był to zwyczajny wyrobnik, zatem człowiek, którego brzuch nie był narażony na szczególniejsze jakieś szkodliwe wpływy światła lub ciepła.

Istnienie *leukoderma* wśród objawów trzeciorzędnych kiły nie zadziwiałoby, jeżeli takie objawy w trzecim roku po zakażeniu występują, bo jak wykazałem, dwuletnie trwanie téj zmiany nie zdaje się być rzadkiem. Niektórzy je-

dnak z autorów zapewniają, że widzieli ją wśród trzeciorzędnych objawów kiły bardzo długo trwającej. Enthyboule opisuje ją nawet najdokładniéj w dobrze obserwowanym przypadku kiły dziedzicznéj, a także Smirnow ogłasza dwa podobne spostrzeżenia.

IV. Oceny i sprawozdania.

Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 2. neu bearbeitete Auflage von Dr. J. Boas 1891. 8 Mark. 314 str.

Autor zestawia w obszerny i jasny sposób cały dotychczasowy materyjał z patologii i terapii żołądka z dokładnem podaniem bieżącéj literatury. W sposobie przedstawiania zachował on wszędzie uznania godną przedmiotowość, przyczem nigdzie nie pominął podać swoje własne bardzo trafne uwagi i spostrzeżenia zaczerpnięte tak ze swych własnych licznych prac, jakoteż ze swéj praktyki lekarskiéj. Książka obejmuje w pierwszym i drugim dziale opis anatomicznych i mikroskopowych stosunków żołądka, jakoteż fizyjologiczno-chemiczną część dotycząca soku żołądkowego, czynność chłonienia i wydalania. Trzeci i czwarty dział traktuje o wywiadach, badaniu fizycznem i sondowaniu żołądka, przyczem gastroskopia i prześwietlanie żołądka nie są pominięte. Piąty i szósty rozdział traktuje wyczerpująco o wewnętrznem badaniu[1]) żołądka i o chemicznym rozbiorze treści żołądkowéj. Bardzo jasno jest przedstawione poszukiwanie wolnego i utajonego kw. solnego i znaczenie patologiczne tegoż, jakoteż fermentów trawieńcowych. Rozdział siódmy i ósmy traktują o znaczeniu rozpoznawczem badania moczu i krwi w chorobach żołądka. Druga część pracy poświęcona jest terapii i podaje uwagi godne wskazówki co do żywienia w chorobach żołądka, a następnie omawia działanie rozmaitych wód mineralnych, wskazania do zdrojowisk, między któremi i nasza Szczawnica nie jest pominiętą, daléj zabiegi hydryjatyczne, mięsienie, elektryzowanie i przepłukiwanie żołądka, które to ostatnie sprowadza do należytych rozmiarów. Ostatecznie następują rozdziały (13—15), w których autor szczegółowo omawia działanie, wartość i zastosowanie rozmaitych leków żołądkowych, jak kwasów, zasad, pepsyny, pankreatyny, goryczek, oreksyny itp. Część terapeutyczna książki nadaje pracy znaczną doniosłość praktyczną. Autor przez wydanie niniejszéj książki zadość uczynił życzeniu i potrzebie lekarzy, chcących się gruntownie zapoznać z obecnym stanem patologii i terapii chorób żołądka. Dla klinik, szpitali i zakładów chemii lekarskiéj stanie się książka Boasa niezbędnym podręcznikiem, w którym w rozmaitych pismach porozrzucane rozprawy, niezbędne do wykonywania prac, są wyczerpująco zebrane. *W. Jaworski.*

Terapija.

Frank (Praga): **O działaniu leczniczem diuretyny.**

Autor podaje spostrzeżenia z kliniki prof. Jakscha w Pradze, gdzie środek ten stosował u 30 chorych. Z tych 10 było dotkniętych wadami serca, 7 przewlekłem zapaleniem nerek, 5 zapaleniem opłucny, 4 marskością wątroby i t. d. Dawka dzienna środka wynosiła 5—7 gr. Według badań autora wywiera diuretyna bardzo korzystny wpływ na zmniejszanie się obrzęków przez zwiększenie czynności nerek. Jednocześnie ma także działać wzmacniająco na czynność serca. Co do skutków leczniczych, to w przypadkach z zapaleniem przewlekłem nerek występowało po podawaniu diuretyny znaczne polepszenie: ilość moczu zwiększała się znacznie, puchlina znikała, stan ogólny się poprawiał. Wyjątek stanowiły dwa przypadki bardzo ciężkie, u których stosowanie diuretyny na kilka dni przed śmiercią pozostało bez wpływu. U chorych z czystą wadą sercową spostrzegał F. po większéj części pomyślny, jednakże tylko przemijający skutek, przyczem autor podnosi, że były to przypadki rozpaczliwe, w których z góry nie można się już było spodziewać stałego polepszenia. W innych chorobach, jak w *myocarditis*, *pericarditis*, w marskości wątroby i zapaleniu opłucny wyniki były niestałe, po największéj części jednak dość zadowalające.

Z wyjątkiem uporczywych wymiotów i biegunki w kilku przypadkach, w wszystkich innych autor nie zauważył żadnych szkodliwych objawów ubocznych. Również nie zauważył działania kumulatywnego diuretyny lub zadrażnienia miąższu nerkowego. Frank poleca gorąco diuretynę w przypadkach, w których pragniemy sprowadzić wessanie przesączyn, głównie więc w zapaleniach nerek i w chorobach serca. W rozpaczliwych przypadkach, w których za pomocą diuretyny nie można osiągnąć pomyślnych wyników, udaje się nieraz polepszyć znacznie stan chorego przez kombinacyję diuretyny z naparstnicą lub innym środkiem nasercowym. (*Prager med. Wochenschrift* 1892. Nr. 12 i 13.)

Dr. Beck.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie II. z dnia 5 marca 1892 r.

Przewodniczący kol. Korczyński. — Członków obecnych 10.

1) Przewodniczący zawiadamia, że protokóły komisyi, począwszy od jéj zawiązania się w dniu 18 maja 1886, wskutek uchwały Tow. lek. krak. z dnia 7 kwietnia 1886, aż po koniec roku 1891, złożył Komitetowi Tow. lek. krak. a to w tym celu, ażeby w aktach Tow. lek. pozostał ślad działalności komisyi i żeby każdy z członków Towarzystwa miał ułatwioną sposobność wglądania w czynności komisyi.

2) Przyjęto z uznananiem do wiadomości, że p. Maryjan Zahradnik, aptekarz w Jeziernie, którego kapsułki lecznicze polecone zostały kilkakrotnie przez Tow. lek. krak., ofiarował na budowę Domu akademickiego w Krakowie ten sam procent od sprzedaży kapsułek, jaki podczas ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie przeznaczył na dochód Muzeum wynalazków polskich.

3) Przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o stanie zdrowia obory i służby stajennéj z mleczarń w Gnojniku, Grodkowicach i Śledziejowicach za miesiąc luty 1892.

4) W sprawie produkcyi krowianki przez lekarza miejskiego p. Józefa Freysingera w Lisku po ponownie przez Dra Murdzieńskiego, Dra Słapę i Dra Pelczara dokonanych próbach szczepienia i po autentycznem stwierdzeniu tak urządzenia zakładu, jakoteż wyników zeszłorocznych szczepień, uchwalono na wniosek Dra Murdzieńskiego zwrócić uwagę p. Freysingera na potrzebę ujednostajnienia na przyszłość produkcyi krowianki.

5) Doc. Dr. Bandrowski przedstawił wyczerpujący referat o zdrojowisku Drużbaki na Spiżu. Referat ten dotycze zarówno historyi rozwoju zdrojowiska tak licznie za czasów polskich jakoteż i późniéj odwiedzanego przez Polaków, jak niemniéj obejmuje także szczegóły topografii, statystyki, hydrografii, geologii i balneografii zdrojowiska dotyczące, wreszcie przedstawia wnioski zmierzające do wprowadzenia pożądanych ulepszeń. W uwzględnieniu, że Drużbaki leżą na Spiżu w obrę-

[1]) Aczkolwiek autor uwzględnił i polskich autorów, to gdzieniegdzie zaszły niedokładności. Mianowicie co do metody białkowéj (podanéj przez Gluzińskiego i Jaworskiego) na str. 122 zaczerpnął autor opis prawdopodobnie z dawnych źródeł. Obecnie uskutecznia się ta metoda w następujący sposób: Zbadawszy rano na czczo mikroskopowo i chemicznie treść żołądka czczego, nazajutrz rano na czczo podaje się badanemu jedno białko z jaja kurzego na twardo gotowane i 200 cc. wody przekroplonéj o ciepłocie pokojowéj do zapicia. Po trzech kwadransach wyciąga się treść ze żołądka bez wprowadzenia wody do żołądka. To samo badanie powtarza się następnego dnia rano naczczo, wyciągając jednak treść w szóstym kwadransie bez poprzedniego wprowadzenia wody do żołądka. To ostatnie uskutecznia się dopiero wtenczas, jeżeliby ze żołądka niczego wyciągnąć nie można było.

bie dawnych posiadłości polskich, w okolicy zamieszkałej przez ludność rdzennie polską, i że znajdują się w rękach właściciela Polaka, uchwalono zajmować się i nadal sprawą zdrojowiska w Drużbakach, a to tem bardziej, że i opinije Doc. Dra Ponikły i Dra Surzyckiego, delegowanych na posiedzeniu w d. 5 listopada 1891 do ocenienia tego zdrojowiska brzmią bardzo pochlebnie. Na razie uchwalono postarać się, aby referat Doc. Dra Bandrowskiego został ogłoszony drukiem.

6) Przyjęto referat Doc. Dra Ponikły w sprawie Jaszczurówki i uchwalono za zezwoleniem Towarzystwa lek. krak. wyrazić właścicielowi p. Adamowi Uznańskiemu uznanie za starania około rozwoju tego uzdrowiska a referat Doc. Dra Ponikły wydrukować w całości w „Przeglądzie Lek.“ (Wnioski te Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 16 marca 1892).

7) Na pismo Magistratu miasta Krakowa, ażeby Tow. lek. krak. oświadczyło, czy i jakiego rodzaju przedmioty gotowe jest udzielić dla Muzeum historyi austryjackiego przemysłu w Wiedniu, jak tego żąda Ministerstwo handlu, uchwalono odpisać, że komisyja nie posiada własnych zbiorów a przetwory przez nią polecane po największej części nie wchodzą w zakres programu urządzić się mającego Muzeum. Gdyby jednak wyroby nowsze w zakresie chemii, pożywek i używek, narzędzi naukowych i chirurgicznych i elektrotechniki mogły być przydatne, to komisyja nie wątpi, że producenci, których spis się przesela, wezwani przez Zarząd Muzeum przesłaliby bezpłatnie okazy swych produktów.

8) Na podstawie korzystnej opinii prof. Steingrabera co do składu chemicznego i sposobu fabrykacyi, jak niemniej na podstawie badań podjętych w klinice lek. krak., tak co do sztucznego trawienia, jakoteż trawienia w przewodzie pokarmowym osób zdrowych i chorych przez Dra Skrzyńskiego, wreszcie na podstawie korzystnych wyników leczniczych otrzymanych przez prof. Dra Korczyńskiego, uchwalono zaliczyć proszek mięsny wyrobu aptekarza p. Feliksa Sobierajskiego w Krakowie do rzędu przetworów leczniczych przez Tow. lek. krak. polecanych. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 26 marca 1892). Proszek ten sporządzony bywa przez wysuszenie miazgi z wyborowego i należycie tłuszczu i tkanki łącznej pozbawionego mięsa wołowego w łaźni wodnej przy ciepłocie 40—50° C. W naczyniach szklanych szczelnie zamkniętych przechowuje się długi czas bez rozkładu. 100 proszku mięsnego odpowiada około 750 grm. mięsa i kosztuje bez naczynia tylko 1 złr. Przetwór ten może więc w zupełności zastąpić podobne przetwory zagraniczne.

Sekretarz komisyi *Dr. Michał Śliwiński.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 maja. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego krakowskiego kol. Obaliński przedstawił chorego, u którego wykonał enteranastomozę według metody Hohenegga z powodu sztucznej rzyci. W żywej dyskusyi zabierali głos z kolei koll.: Idziński, Cybulski, Bossowski, Kryński, Mars i prelegent. Kol. Ludomił Korczyński miał odczyt o wynikach stosowania podskórnych wstrzykiwań gwajakolu w gruźlicy, ilustrując rzecz licznemi historyjami chorób, tablicami ciepłoty i t. d. W dyskusyi podał kol. Pieniążek kilka uwag o budowie chemicznej gwajakolu potasowego, sodowego i litowego i o wynikach wstrzykiwania podskórnego tych środków w gruźlicy; nadto zabierali głos koll. Wachholz i Piątkowski.

* Na posiedzeniu Izby poselskiej Rady Państwa we Wiedniu w dniu 12 b. m. odbytem poseł Dworzak uczynił wniosek względem zaprowadzenia obowiązkowej nauki hygijeny w uniwersytetach i zakładach publicznych, oraz ustanowienia lekarzy szkolnych na wzór Francyi i Niemiec. Wartałoby, aby uniwersytety poszły za przykładem tego posła nielekarza i wniosek jego poparły ze swej strony u Rządu.

* Na miejsce śp. Dra Krajewskiego wyjeżdża do Cieplic czeskich Dr. Skrzyński, uczeń szkoły krakowskiej, i mieszkać będzie Villa Polonia.

* W tygodniu 18-tym (od 1—7 maja) było w Krakowie małżeństw 10, urodzeń 38, skonów 69, z tych z zapalenia płuc 15, z gruźlicy 6, z nieżytu żołądka i jelit 6, z duru brzusznego 3, z ospy 2, z dławca i błonicy 1, z duru plamistego 1.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Przegl. weterynarskim* Nr. 3: Królikowskiego: W sprawie środków zapobiegawczych przeciw wściekliźnie; Boczkowskiego: Badanie oczu u zwierząt domowych ze szczeg. uwzględnieniem wziernikowania; Szpilmana: Uwagi o potrzebie reformy studyjów weterynaryjnych. — W *Nowinach lek.* Nr. 3: Srebrnego i Bujwida: Przypadek twardziela nosa; Mitwalskiego: O niektórych guzach oczodołowych; Łepkowskiego: Przyczynek do nauki i chemicznym składzie zębów; Ożegowskiego: Sposób leczenia błonicy. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* zeszyt III.: Biernackiego: O wartości kilku nowych sposobów badania treści żołądkowej; Ciaglińskiego: Przyczynek do nauki o grzybnicach pleśniowych (dok.); Rupperta: O pochodzeniu żółciowej marskości wątroby (c. d.); Minkiewicz: Literatura lekarska gruzińska. — W *Gazecie lek.* Nr. 9.: Herynga: O zastosowaniu prześwietlenia elektrycznego do badania jam i organów ustroju; Pawińskiego: O zastosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.); Świąteckiego: Przypadek tężyczki (dok.). — W *Medycynie* Nr. 9: Krówczyńskiego: Myxoedema; Guranowskiego: O ciałach obcych w uchu. — W *Gazecie lek.* Nr. 10: Lebensbauma: Rak pochwy, powstały w przebiegu raka ciała macicy drogą samozaszczepienia; Świąteckiego: Praktyczny sposób barwienia preparatów mikroskopowych; Herynga i Raichmana: O zastosowaniu prześwietlenia elektr. do badania jam i organów ustroju (dok.); Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (dok.). — W *Gazecie lek.* Nr. 11; Jakowskiego: W kwestyi etyjologii zapalenia opłucnej; Lebensbauma: Rak pochwy powstały w przebiegu raka ciała macicy drogą samozaszczepienia (dok.). W *Kronice lek.* Nr. 3: Krajewskiego: O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu (c. d.); Karczewskiego: O t. zw. siodełkow. odjęciu części pochwowej. — W *Kronice lek.* Nr. 4: Krajewskiego: O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu (c. d.); Huzarskiego: Kilka słów o leczeniu ostrej niedokrwistości wstrzykiwaniami podskórnemi soli kuchennej. — W *Medycynie* Nr. 11: Chełmońskiego: Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych; Bernsteina: O syringomyelii; Majkowskiego: Sprawozdanie o chorych leczonych w Busku w r. 1891. — W *Gazecie lek.* Nr. 12: Wróblewskiego: Przyczynek do patologii i terapii migdałka językowego; Biernackiego: Przyczynek do nauki o syringomyeli; Jakowskiego: W kwestyi etyjologii zap. opłucnej (dok.); Kohna: Przypadek zupełnego wynicowania macicy; Popławskiego: Przypadek mimowolnej ekstrakcyi soczewki. — W *Medycynie* Nr. 12: Bernsteina: O syringomyelii (c. d.); Majkowskiego: Sprawozdanie o Busku (dok.). — W *Gazecie lek.* Nr. 13: Biernackiego: Przyczynek do nauki o syryngomyelii (c. d.); Wróblewskiego: Przyczynek do patologii i terapii migdałka językowego (c. d.); Ciaglińskiego: Przypadek idiosynkrazyi względem chininy. — *Gazecie lek.* Nr. 14: Higiera: Ischias scoliotica; Zielińskiego: Przypadek wrodzonego braku wielkiego i małego m. piersiowego; Wróblewskiego: Przyczynek do patologii i terapii migdałka językowego (dok.); Arnsteina: Przypadek krztuśca powikłanego ropniem płucnym, wyzdrowienie. — W *Zdrowiu* Nr. 78; Michalskiego: Szpital dla obłąkanych w Tworkach pod Warszawą. — W *nowinach lek.* Nr. 5: Herynga: Bąblica bł. śluzowej gardzieli i krtani; Jerzykowskiego: Uwagi nad ostatnią epidemiją grypy; Święcickiego: Elektroliza w ginekologii; Salutryńskiego: Poród opóźniony przodujące ramiona, obrót na nóżki, przepuklina mózgowa; Stampkego: Kilka słów z powodu ostrego gośćca stawowego; Kapelskiego: Z mej praktyki

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się dodatek o kodeinie Knolla.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.